

令和8年度前橋市不妊治療費助成金交付申請書

(宛先) 前橋市長

不妊治療費の助成を申請するにあたり、下記全てについて同意・誓約いたします。
(□にチェックを付けてください。)

- ・市が次の照会及び提供することについて同意します。
 - (1)助成の適正を図るため、他の自治体に助成金の給付状況の照会、提供すること。
 - (2)助成の適正を図るため、治療を行った医療機関及び調剤薬局に治療の内容を照会すること。
 - (3)助成の可否を決定するにあたり、住所、婚姻関係の有無を確認するため、私たち夫婦の住民基本台帳情報を照会すること。
- ・申請に伴い提出した書類について、返還を求めることができない旨同意します。
- ・私は、暴力団等の反社会的勢力と関係を有する者ではないことを誓約します。

記

		申請日	年	月	日	
氏名	申請者	ふりがな ()	生年月日	年	月	日
		氏名	加入医療保険 保険者名称			
	配偶者	ふりがな ()	生年月日	年	月	日
		氏名	加入医療保険 保険者名称			
事実婚の方は、こちらにチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/>						
現住所	申請者	〒 (-)				
		※現住所を記載 (転出済みの場合、転出地の住所を記載) 電話番号 ()				
	配偶者	〒 (-)				
		※申請者と異なる場合のみ記入 電話番号 ()				

助成金振込先 (申請者の口座情報)

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 支所・出張所							
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号							
口座名義 (カナ)									

(A)一般不妊治療と (B)生殖補助医療

※「合計」の2分の1 (100円未満は切り捨て)、15万円を限度額とします。

不妊治療の助成対象額		
① 保険診療分	② 自由診療分	合計 (①+②)
円	円	円

助成金交付申請・請求額
円

(C)男性不妊治療 ※生殖補助医療を伴う精子採取術の手術に限る

※「合計」の2分の1 (100円未満は切り捨て)、5万円を限度額とします。

男性不妊治療の助成対象額		
① 保険診療分	② 自由診療分	合計 (①+②)
円	円	円

助成金交付申請・請求額
円

市処理欄

交付決定日	受付番号	ID	交付者
<input type="checkbox"/> 交付 ・ <input type="checkbox"/> 不交付	住所・居住期間 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 納税 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/>		